

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第24回医薬品等行政評価・監視委員会（令和8年6月16日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題：委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第 24 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 8 年 6 月 16 日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題： 委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS 細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第 24 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 8 年 6 月 16 日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題： 委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS 細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第 24 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 8 年 6 月 16 日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題： 委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS 細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第 24 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 8 年 6 月 16 日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題： 委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS 細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第24回医薬品等行政評価・監視委員会（令和8年6月16日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題：委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第24回医薬品等行政評価・監視委員会（令和8年6月16日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題：委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第 24 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 8 年 6 月 16 日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題： 委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS 細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準
回答表

第 24 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 8 年 6 月 16 日開催）における
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

議題： 委員の求めに応じた個別事項への対応（iPS 細胞製品の承認について）

企業名：クオリプス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：Heartseed 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：iHeart Japan 株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：オリヅルセラピューティクス株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：住友ファーマ株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：メドトロニック社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

企業名：アボットメディカルジャパン合同会社

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | ※受取有りの場合 |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和6年度 |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 | | <input type="checkbox"/> 令和7年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超 | | <input type="checkbox"/> 令和8年度 |

(留意事項)

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。